**추 천 서**

**==================================================**

**(Himchan Hospital Summer Internship Program)**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **☆ 추천자 작성 사항** | | | | |
| **추천자 성명** |  | **소 속** | |  |
| **직 위** |  | **지원자와의 교류기간** | | ~ ( 개월) |
| **지원자와의 관계** |  | **전화번호** | |  |
| **주 소** |  | | | |
| **핸드폰 번호** |  | **E-mail** |  | |
| 본인은 상기 지원자를 2025 제16회 힘찬병원 청소년 여름 인턴십 프로그램에 다음과 같이 추천합니다.  년 월 일  추천자: 서명 혹은 날인  힘찬병원 관절의학연구소 귀중 | | | | |
| |  |  | | --- | --- | | **추천 학생**  **성명** |  |   **☆ 추천사유를 종합하여 간략하게 기술하여 주십시오.**  (추천서 분량 및 세부 항목은 자유 양식 입니다.)  - 추천학생의 개인적인 자질, 품행, 태도 등  - 성적, 표창, 대회수상 경력 등 | | | | |

EMB000010b4050c

힘 찬 병 원

▶ **추천서 제출 방법**

1. **선생님께서 보내시는 경우**: 선생님께서 작성하신 추천서를 선생님 계정의 이메일로 접수해주세요. 이 경우, 서명은 안 해주셔도 됩니다. 학생의 신청서와 따로 보내셔도 신청 기간 내에 접수된 경우에는 함께 취합되어 접수됩니다. 접수 시, 메일 제목 예) 김힘찬\_교사추천서

**② 학생이 보내는 경우:** 추천서를 스캔하여 신청서와 함께 이메일 접수해주세요. 선생님의 서명이 반드시 필요합니다.

▶ **문의**: 힘찬병원 관절의학연구소 (02) 3219-9229 / himchanhospital@gmail.com